

**AXA Versicherung AG**

Versicherungsagentur für Flugsport

6345 Kössen, Österreich, Dorf 2, Telefon: +43-(0)5375-5314

Sachbearbeiterin: Maria Plangger, +43-(0)676-5112825, email: axa@flyinsure.eu

Comp&Holiday – Special – FS/HG/PG**Luftfahrthaftpflicht- und Unfallkostenversicherung****Antrag** nach den derzeit geltenden Allg. und allfälligen Besonderen Versicherungsbedingungen**Versicherungsnehmer**

Titel, Zuname		Vorname	
Straße, Hausnummer, Tür		Land, PLZ, Ort	
Staatsbürgerschaft	Geburtsdatum	Telefon	
e-Mail-Adresse			

Haftpflichtversicherung – Versicherungsdauer 1 Jahr:

Haftung als Halter von Fallschirmen, nicht motorisierten Para- und Hängegleitern, einschließlich Wettbewerbsrisiko	€ 1.500.000,--
(zumindest aber)	SZR 750.000,--
Ausfallschäden (ohne vorangegangene Personen- oder Sachschäden)	€ 12.000,--
Unfallbedingte Bergelkosten bei Para-, Hängegleiter bzw. Fallschirmspringer-Unfällen (Personenbergung)	€ 10.000,--
<ul style="list-style-type: none"> für EU-Bürger/EWR/UK/Schweiz: weltweite Deckung (ausgenommen USA, US-Territorien und Kanada) für andere Nicht-EU-Bürger: EU/EWR-Territorium, UK und Schweiz, aber erweitert auf FAI/CIVL anerkannte Wettbewerbe weltweit (ausgenommen USA) 	

Unfallkostenversicherung – für die Dauer eines FAI/CIVL-Wettbewerbs oder Urlaubs, maximal 4 Wochen

unfallbedingte Heilkosten und Kosten für kosmetische Operationen	€ 10.000,--
unfallbedingte Rückholkosten	€ 10.000,--
Höchstentschädigung je Schadenereignis (Wenn eine der obigen Positionen nicht oder nicht voll in Anspruch genommen wird, erhöht sich der Betrag für die andere Position anteilig bis maximal zu dieser Höchstentschädigung.)	€ 20.000,--

Versichertes Luftfahrzeug (Einzelsitzer)

	<input type="radio"/> Paragleiter	<input type="radio"/> Hängegleiter	<input type="radio"/> Fallschirme
Type	Baujahr	Seriennummer	

FAI/CIVL-Wettbewerb

Name und Ort	Zeitraum des Wettbewerbs oder Urlaubs (max. 4 Wochen)
--------------	---

Einmalprämie (inkl. VersSt)

€ 253,--

Zahlung im Voraus mit Kreditkarte oder Paypal an axa@flyinsure.eu (**zuzügl. € 10,- Gebühren**)

Kreditkartennummer	Ablaufdatum	CVC Nummer
--------------------	-------------	------------

Versicherungsbeginn: Tag/Monat/Jahr / /	Laufzeit: 1 Jahr	V 11/2024
Ort/Datum	Unterschrift	